

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

37

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 novembre 1898, à 1 heure

Par AUGUSTE GILBERT

Né à Coron (Maine-et-Loire) le 4 mars 1869.

DE LA

SYPHILIS TERTIAIRE DES SINUS

ET DE SES

PRINCIPALES COMPLICATIONS

(ORBITE — CRANE)

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { FOURNIER, professeur.
BROCA (Aug.) et MERY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

57

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 novembre 1898, à 1 heure

Par AUGUSTE GILBERT

Né à Coron (Maine-et-Loire) le 4 mars 1869.

DE LA

SYPHILIS TERTIAIRE DES SINUS

ET DE SES

PRINCIPALES COMPLICATIONS

(ORBITE — CRANE)

Président: M. TILLAUX, professeur.

*Juges: MM. { FOURNIER, professeur.
BROCA (Aug.) et MERY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE CASSINI, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
PIERRE DELBET	LEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SŒUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur.

DE LA
SYPHILIS TERTIAIRE DES SINUS
ET DE SES
PRINCIPALES COMPLICATIONS
(ORBITE — CRANE)

AVANT-PROPOS

Le sujet de notre étude nous a paru justifié par un certain nombre d'observations que nous avons pu recueillir. Nous reconnaissons volontiers avec le Professeur Panas que la syphilis tertiaire des sinus se localise rarement d'emblée dans ces cavités (quelques-unes de nos observations sembleraient pourtant aller à l'encontre de cette assertion), mais qu'elle est le plus souvent une extension du processus ostéitique voisin.

Notre but, dans ce modeste travail, est de présenter dans une vue d'ensemble ces lésions syphilitiques inté-

ressantes à divers titres et par elles-mêmes et par leurs complications. Cette question est nouvelle. Quelques thèses notamment celle de Joffrédou (1) sur la nécrose sphénoïde, un mémoire de Guillemain (2), sur les complications orbitaires dans les sinusites, deux cliniques de M. le Professeur Fournier (3) sur les ostéites nasocrâniennes, un rapport de Schuster (4) sur le traitement des sinusites; voilà à peu près tous les travaux importants où il soit parlé de la localisation possible de la syphilis tertiaire dans les sinus et de ses principales complications. C'est en lisant ces divers travaux que nous avons pu rassembler la totalité des observations que nous publions; nous ajoutons à celles-ci deux autres inédites dont l'une a trait au sinus frontal et l'autre, au sinus sphénoïdal.

Nous sommes heureux, au terme de nos études médicales, d'adresser de vifs témoignages de gratitude à nos premiers maîtres : MM. les Professeurs de l'école d'Angers, nous prions particulièrement M. le Dr Thibault qui a droit à notre souvenir à plus d'un titre, de vouloir bien accepter l'hommage de notre plus profonde reconnaissance.

Dans les hôpitaux du Mans, nous avons eu l'honneur d'être l'interne de MM. les Drs Drouin et Méliçon; nous les en remercions sincèrement MM. les Drs Le Bail,

1. Thèse de Bordeaux 1897. *Nécrose sphénoïde*.

2. Guillemain et Terson. *Gazette des Hôpitaux*, 9 avril 1892.

3. Fournier. *Annales des maladies du larynx et des organes connexes* (mars et mai 1881).

4. Schuster. *Archives f. Dermatolog.* (1894).

Rocher, Hervé, Goutard du même hôpital, méritent également une place dans nos souvenirs.

Une bonne part de notre reconnaissance doit aller à nos maîtres de l'hôpital Saint-Joseph. Que MM. les D^{rs} Tison, Monnier qui nous ont toujours témoigné de grandes marques de sympathie et de bienveillance, que les D^{rs} Chatellier et Kopff, auprès desquels pendant que nous suivions leur consultation externe, nous avons constamment trouvé le meilleur accueil, que MM. les D^{rs} Le Bec, et Leroux, chirurgien et médecin du même hôpital, veuillent bien recevoir ici l'expression de notre plus vive gratitude.

Notre ami et collègue Viollet, nous a aidés de ses savants conseils pour mener à bonne fin notre thèse. Merci à lui de tout cœur.

M. le professeur Tillaux nous a fait un grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse; nous lui en exprimons notre sincère reconnaissance.

ANATOMIE

L'Anatomie des sinus est faite dans les traités classiques ; il est cependant certains points, sous peine de nuire à la clarté de notre sujet, qu'il est impossible de ne pas rappeler pour comprendre les complications pouvant survenir au cours des sinusites en général et en particulier des sinusites spécifiques. Nous nous contenterons donc, dans un court chapitre, de décrire les rapports qu'ils affectent tous les trois avec la cavité orbitaire et, pour deux d'entre eux, avec la boîte crânienne.

Ces trois diverticules des fosses nasales viennent entourer l'orbite en haut, en bas et en arrière et mériteraient le nom, comme l'a écrit Guillemain (1), pour le sinus frontal de sinus sus-orbitaire, pour le sinus maxillaire de sinus sous-orbitaire et pour le sinus sphénoïdal de sinus postéro-orbitaire.

a) Le développement du sinus frontal varie beaucoup suivant les individus et d'une façon générale sa capacité grandit avec l'âge. Chez certaines personnes sa cavité

1. Guillemain et Terson. *Complications orbitaires dans les sinusites*. *Gazette des hopitaux*, 9 avril 1892.

peut s'étendre jusqu'à l'apophyse orbitaire externe de l'os frontal, et il peut arriver qu'un abcès du sinus occupe le milieu, voire la partie externe du rebord orbitaire supérieur : toutes conditions qui pourraient faire exclure *a priori* l'origine première de la suppuration dans le sinus et porter à penser à tort à une carie (Poirier).

Ses rapports ont lieu avec la voûte de l'orbite ; çà sera, en avant, avec le globe oculaire, le tendon et la poulie du grand oblique, en arrière avec le tissu cellulo-graisseux de l'orbite. « Au milieu de cette graisse qui est molle, « demi-fluide, peu cloisonnée, qui se laisse facilement « enlever avec les pinces sous forme de petits fragments » se trouvent des organes nombreux à savoir : des muscles, le releveur de la paupière et le droit supérieur de l'œil, des branches de l'artère et de la veine ophtalmique, des nerfs dont l'un le sus-orbitaire est accolé directement à la paroi osseuse.

La situation du sinus frontal nous explique qu'un processus de nécrose puisse envahir l'orbite par sa voûte ; on constate alors de l'abaissement du globe oculaire, de la paresse des muscles de l'œil, des symptômes d'œdème et de ptosis de la paupière supérieure, et, si la résolution ne se fait pas, un phlegmon de l'orbite peut se déclarer.

b) Contrairement au sinus frontal, le sinus maxillaire existe dès la naissance et se présente sous la forme d'une fente antéro-postérieure ; il s'accroît peu dans les premières années de la vie et augmente d'une manière plus sensible à l'époque de la puberté. Sa cavité continue à s'accroître dans l'âge adulte pour acquérir le maximum de développement dans la vieillesse.

Il présente avec le plancher de l'orbite des rapports extrêmement étendus. Il suffit de considérer un maxillaire supérieur sec pour s'apercevoir que l'antre d'Higmore s'étend du rebord orbitaire jusqu'à l'extrême limite postérieure du plancher, jusqu'à la fente sphéno-maxillaire. Cette « paroi inférieure de l'orbite est fort remarquable « en ce qu'elle loge dans son épaisseur le nerf sous-orbitaire, terminaison du nerf maxillaire supérieur. Ce nerf « est recouvert par une paroi osseuse si mince qu'on « l'aperçoit nettement par transparence sous l'aspect « d'une ligne blanchâtre, dirigée obliquement d'arrière « en avant et de dehors en dedans » (Tillaux) (1).

Comme rapports de contiguité avec le périoste et la paroi osseuse du sinus, nous avons ici le contenu inférieur de l'orbite ; c'est-à-dire de la graisse, les muscles, les artères et les nerfs qu'il renferme, la région du canal nasal et du sac lacrymal.

La paroi inférieure de l'orbite est moins résistante encore que la supérieure ; aussi les lésions d'ostéo-périostite du sinus produisent-elles des inflammations et suppurations. On pourra voir alors (et quelques-unes de nos observations le démontrent) une exophtalmie du globe oculaire, la compression et même la destruction du nerf sus-orbitaire : ce qu'annonceront une violente névralgie d'abord, et plus tard l'anesthésie de la portion de la face à laquelle se distribue ce nerf.

e) La situation du sinus sphénoïdal lui donne des rapports extrêmement instructifs. Sans insister sur le déve-

1. Tillaux. *Anatomie topographique*.

loppement de ce sinus qui ne se formerait que vers l'âge de quinze ans environ, si l'on prend les moyennes données par les auteurs, nous le voyons en relation en haut avec la gouttière du chiasma optique, latéralement avec les gouttières caverneuses et tout leur contenu vasculo-nerveux.

Le retentissement sur le nerf optique et sur le groupe des vaisseaux et des nerfs qui vont à l'orbite est donc immédiat.

Les parois mêmes du sinus, en somme fort minces, interrompues en avant par une ouverture du sinus de la dimension d'une lentille (Moldenhauer), peuvent du reste en se résorbant établir des communications avec les différentes parties du sphénoïde, grandes et petites ailes, avec les cellules postérieures de l'ethmoïde, avec les os de l'orbite et même avec la cavité crânienne par débiscence directe de la paroi supérieure (Zuckerkandl) (1).

Restent à préciser pour deux de ces sinus, le sinus frontal et le sphénoïdal, leurs points de contact avec la cavité crânienne.

a) La paroi cérébrale du sinus frontal fait partie de la fosse latérale antérieure du crâne ; elle est légèrement inclinée de haut en bas et d'avant en arrière suivant son diamètre antéro-postérieur, de dehors en dedans au niveau de son diamètre transverse elle est parsemée de profondes impressions digitales ; la dure-mère la tapisse dans toute son étendue. L'origine du sinus longitudinal, les lobes olfactifs, le lobe orbitaire, reposent sur sa

1. Zuckerkandl, *Anatomie des fosses nasales*.

face postéro-supérieure. La lame criblée de l'ethmoïde est contiguë au bord postérieur du sinus ; ce qui explique la perte de l'odorat constatée dans quelques cas par suite de l'inflammation possible du nerf olfactif.

b) Quant aux rapports du sinus sphénoïdal avec la cavité crânienne, ils sont étendus et compliqués. Après avoir tapissé toute la surface de l'os, la dure-mère se dédouble pour former, d'une part une loge au corps pituitaire et, d'autre part la paroi du sinus caverneux. Ce sinus situé sur la partie latérale du corps de l'os n'est séparé des cavités sphénoïdales que par une mince lamelle de tissu osseux. Aussi les lésions du sphénoïde peuvent-elles retentir facilement sur ce sinus et y déterminer une thrombose grave, ainsi que le prouvent les cas de Duplay et de James Russel publiés dans la thèse de M. Kaplan (thèse Paris 1892).

Faisons maintenant une coupe vertico-transversale du sinus caverneux passant par le milieu de la selle turcique.

Dans le sinus, très voisin de l'os, nous trouvons la carotide interne et le nerf moteur oculaire externe ; dans la paroi externe et se superposant dans cet ordre, nous voyons le moteur oculaire commun, le pathétique, le nerf ophtalmique : c'est-à-dire les nerfs qui tiennent sous leur dépendance la motricité et la sensibilité de l'œil. Rappelons aussi que la veine ophtalmique dont la thrombose a été observée dans des cas de carie du sphénoïde se jette dans le sinus caverneux et passe tout près de l'os dans la fente sphénoïdale, fente à travers laquelle passent également les nerfs dont nous avons parlé plus haut.]

D'autres rapports importants sont encore à signaler. Les nerfs optiques dont le chiasma repose dans la gouttière optique, en avant de la selle turcique, pénètrent dans l'orbite par le trou optique : c'est à ce niveau, d'après M. le Dr Berger (de Glatz) qu'ils seraient surtout lésés dans les affections sphénoïdales. Rappelons en terminant que les origines des bandelettes olfactives sont voisines du sphénoïde et que les collections purulentes provenant de cet os peuvent fuser facilement vers l'orbite par la fente sphénoïdale et le trou optique. Jaffrédou (1).

Il est dès lors facile de comprendre après cet exposé, combien divers et nombreux peuvent être les symptômes et complications de la maladie qui nous occupe.

1. Jaffrédou. *Nécrose du sphénoïde*. Thèse de Bordeaux, 1896-1897.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Étiologie. — Quelles sont les conditions étiologiques et pathogéniques qui président au développement de la syphilis tertiaire des sinus ?

Il ressort de nos observations que tous nos malades étaient d'anciens syphilitiques sauf celui de l'observation II dont l'infection remontait à deux ans. Dans le cas de Verchère, la diathèse datait de sept ans, dans un autre, de quinze ans (Obs. IX).

Des deux observations dont parle M. le professeur Fournier, l'un était un vieux syphilitique, l'autre avait été traité à différentes reprises pour des accidents secondaires très nets.

Toutefois dans plusieurs cas, il nous a été impossible d'établir la vieillesse du processus spécifique, les malades ne s'étant jamais aperçu de rien sur leur corps.

Chez tous, il s'agit d'une syphilis acquise : ce qui ne veut pas dire que l'hérédo-syphilis ne puisse occasionner les nécroses dont nous parlons ; mais il nous a été impossible d'en recueillir une seule observation.

Dans tous les cas, soit insouciance, soit ignorance, il y avait insuffisance ou absence de traitement.

La plupart de nos malades étaient porteurs de lésions syphilitiques graves et étendues des fosses nasales (destruction des cornets, perforation de la cloison...) Quelques observations néanmoins (Observations III et VIII), n'accusent pas de syphilis nasal ; dans ces cas il faudrait peut-être admettre une localisation d'emblée du processus syphilitique dans les sinus de la face et ne pas croire que les lésions nasales soient une condition nécessaire à l'inflammation de ces cavités.

Le sexe ne paraît pas avoir d'influence. Tous nos malades sont des adultes ou des vieillards ; leur âge varie de 23 à 60 ans.

Autre constatation : quelques-uns de nos malades faisaient usage du tabac à priser, d'autres accusaient un traumatisme antérieur, souffraient ou avaient souffert d'un coryza. Peut-être faut-il voir là une cause d'appel qui peut diriger les localisations de la syphilis (Balzer) (1).

Pathogénie. — Quand la syphilis atteint les os au cours de la période tertiaire, elle présente la marche suivante. Il se fait une infiltration de l'épaisseur de l'os par le tissu malade : c'est le processus gommeux syphilitique. Les canaux de Havers sont dilatés, remplis de suc gélatineux, rose, puis jaunâtre ; le tissu osseux se résorbe progressivement. Quand on soulève le périoste ou le péricrâne, on voit se détacher de sa face profonde une série de vaisseaux embryonnaires qui pénètrent l'os de toute part. Les lésions progressant toujours, l'os ne tarde pas à présenter cet

1. Balzer. *Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert. Art. syphilis.*

aspect vermoulu caractéristique que nous pouvons voir sur les crânes syphilitiques et dont les moulages du Musée Saint-Louis nous offrent de beaux spécimens.

Si l'on examine de plus près la topographie des lésions dans l'ostéite syphilitique diffuse, on peut constater l'aspect cyclique des bourgeons gommeux. De plus, Poulet a décrit la disposition en galeries hélicoïdales que prendraient les lésions. Le bourgeon se comporterait au sein du tissu osseux à la manière d'un insecte creusant une galerie dans une pièce de bois. L'os disparaît, se résorbe devant l'envahissement du bourgeon pendant que les parois du trajet momentanément épargnées sont le siège d'une ostéite condensante.

Si le traitement intervient à temps les lésions peuvent sous son influence ne plus progresser. Les bourgeons subissent la dégénérescence graisseuse et disparaissent. Parfois on voit se détacher un sequestre, parfois aussi un processus d'ostéite condensante peut dépasser les limites et produire à la surface de l'os des saillies exubérantes ostéophytiques ou exostoses.

Dans les fosses nasales le processus gommeux ne marche pas autrement.

Lorsque la gomme s'ulcère, si les complications osseuses ne sont pas trop intenses, elle peut guérir sous l'influence d'un bon traitement sans laisser pour ainsi dire de traces : tout au plus restera-t-il des brides cicatricielles comme signature de la maladie.

Dans les cas plus graves, surtout lorsqu'on a affaire à des gommès profondes sous-muqueuses, la scène change ; le périoste des parties voisines peut s'enflammer souvent,

et on voit se développer des ostéites naso-crâniennes, comme les appelle M. le professeur Fournier (1), des nécroses du palatin, du vomer. Il est dès lors aisé de comprendre combien facilement ces lésions peuvent gagner les sinus, simples diverticules des fosses nasales.

Supposons une gomme accompagnée d'ostéite sur la partie antérieure de la région ethmoïdale, le pus envahira vite la cavité du sinus frontal, l'inflammation se produira vite à sa coque osseuse, et si l'on songe à la disposition du sinus, à ses rapports anatomiques, à l'épaisseur si faible de ses parois, il n'est pas étonnant que l'inflammation se propage à l'orbite et à la boîte crânienne. Si d'autre part la lésion débute à la partie postérieure de la même région ethmoïdale, le sinus sphénoïdal sera vite envahi et vu d'une part, sa situation à la base du crâne, d'autre part sa contiguité avec les organes principaux qui se rendent à l'orbite, des accidents cérébraux et oculaires ne tarderont pas à éclater.

Pour le sinus maxillaire même processus à invoquer, si des lésions de syphilis siègent sur la paroi externe ; cependant il semble bien d'après une de nos observations que le sinus maxillaire peut s'enflammer consécutivement au sinus frontal par les produits que celui-ci déverse dans sa cavité. D'ailleurs une localisation primitive de syphilis dans le sinus n'est pas impossible et notre observation VIII paraîtrait le prouver.

Ces données étant exposées, la raison d'être des complications est facile à expliquer. Ce seront du côté de l'or-

1. Fournier. *Cliniques sur les ostéites naso-crâniennes*, 1881.

bite des lésions d'œdèmes et de phlegmons, si les sinus frontaux et maxillaires sont envahis ; des lésions de thrombose et de névrite, dans les cas de suppuration du sinus sphénoïdal. Du côté de la boîte crânienne, on trouvera des inflammations des méninges, des ulcérations de vaisseaux, des épanchements sanguins ou purulents ; la dure-mère subira les lésions de la pachyméningite, l'arachnoïde pourra se voir envahie et les méninges fusionnées pourront comprimer ou détruire les nerfs voisins.

SYMPTOMATOLOGIE

L'histoire clinique des syphilis tertiaires des sinus peut comporter deux formes.

a) Une forme à évolution lente, guérissant presque toujours, soit par élimination spontanée des sequestres, soit par un traitement bien dirigé ; nous l'appellerons la forme nasale, car ces manifestations sont surtout nasales.

b) Une forme orbito-cérébrale plus grave, souvent mortelle, qui n'est en somme qu'une complication de la première.

FORME NASALE

Symptômes fonctionnels. — Lorsque le malade vient consulter le médecin, il se plaint le plus souvent d'une céphalée opiniâtre avec « douleurs atroces, lancinantes, « profondes dans la tête (Observation XV). » Ces symptômes sont souvent accompagnés de vertiges, de démarche titubante et parfois d'état inconscient (même observation). D'autres éprouvent des névralgies étendues à tout

un côté de la face ; quelques-uns mêmes se plaignent simplement de maux de dents et de troubles de l'audition (bourdonnements, bruits insolites).

Interrogés ils racontent presque toujours que depuis assez longtemps, ils sont enrhumés, qu'ils mouchent plus que de coutume, mais qu'ils mouchent des matières sales, vertes, pyoïdes, souvent striées de sang, qu'ils ont trouvé dans leur mouchoir des petits fragments osseux (comme la malade de l'observation XVI). Ils faut aussi noter des crachements et des épistaxis plus ou moins répétées.

Mais le symptôme le plus important, celui qui avertit le médecin, c'est la fétidité de l'air expulsé par le malade, l'ozène susceptible de degrés variables, tantôt léger, peu appréciable ou appréciable seulement quand on s'approche de façon à respirer l'odeur de la personne, tantôt moyen, tantôt excessif, insupportable au point d'infecter toute une salle. Outre son odeur caractéristique de *punaisie*, il se différencie encore de l'ozène vrai par sa non disparition, après des lavages répétés des fosses nasales.

Symptômes physiques. — Jusqu'ici les symptômes sont vagues, incapables de conduire à un diagnostic précis. L'examen de la face et des fosses nasales va donner d'utiles renseignements. Au niveau de la région frontale on peut percevoir une tumeur plus ou moins volumineuse (Observ. V) qui peut empêcher le malade de mettre son chapeau (Observ. II) la face peut être plus bombée d'un côté que de l'autre ; la forme du nez peut être modifiée. La malade de l'observation XVI présentait un aplatissement du nez ; les deux malades de M. Moure avaient le

nez en cassure de lunette, « le brevet de syphilis » de M. Fournier.

L'examen des fosses nasales, se fera de deux façons, par la rhinoscopie antérieure et la rhinoscopie postérieure ; mais avant tout il faudra, par des lavages et des nettoyages, débarrasser le plus possible le nez des croûtes qui l'encombrent.

Alors comme dans la plupart de nos observations, on constatera la destruction des cornets inférieurs et moyens, des perforations de la cloison, quelquefois comme dans l'observation XIX, la disparition complète du contenu des cavités nasales. Cette perte de substance, si le sphénoïde est en cause, permettra facilement d'apercevoir cet os, de s'assurer de l'existence d'un sequestre et même, comme dans l'observation XVIII, de découvrir l'orifice souvent élargi de son sinus.

La rhinoscopie postérieure, si elle est possible, sera d'un grand adjuvant ; elle permettra, surtout dans le cas de lésion du sphénoïde, de reconnaître la dénudation de l'os et de désigner à coup sûr celui qui est atteint.

L'usage du stylet droit ou recourbé, introduit par les narines ou par derrière le voile du palais, pourra rendre compte du son produit par les os et du plus ou moins de mobilité des sequestres.

Enfin, dans les cas de sinusites frontale ou maxillaire, l'éclairage pratiqué fera voir laquelle de ces deux cavités est atteinte, et si c'est la cavité droite ou gauche qui est suppurante.

FORME ORBITO-CÉRÉBRALE.

Ici le tableau change et se complique de symptômes indiquant que l'œil ou l'encéphale, ou les deux sont en jeu.

Rencontrerons-nous des symptômes bien nets de méningites ou de phlegmasies cérébrales ? Non, ce qui domine, ce sont les troubles oculaires. Dans nos observations, nous trouvons comme symptômes cérébraux : de la céphalalgie qui n'a rien de précis, c'est la céphalée des syphilitiques à exaspération nocturne. On note en outre des vertiges, des titubations, des vomissements. M. le professeur Fournier (1) signale le changement de caractère et d'habitudes ; le malade est triste, abattu, morose. Un fait sur lequel insiste l'éminent syphiligraphe, c'est l'absence de délire.

Mais ce qui éveille l'idée d'une complication ; ce sont les troubles oculaires toujours constants. Il suffit de se rappeler les rapports anatomiques des trois sinus et surtout du sinus sphénoïdal, pour comprendre qu'il doit en être ainsi, et pour se rendre compte des troubles qui peuvent survenir.

Le malade voit des brouillards devant ses yeux (cas de Duplay), des étincelles (phosphènes), éprouve des douleurs intra et péri-orbitaires, se plaint de ne plus voir aussi clair, autant de symptômes qui indiquent une névrite ou une compression simple. Puis des symptômes objectifs apparaissent : ce sont pour le sinus frontal et maxillaire

1. Fournier. *Cliniques sur les ostéites naso-crâniennes*, 1881.

du ptosis avec œdème, des phlegmons de l'orbite, du strabisme, de la diplopie, des troubles de la motilité de l'œil (mouvements limités, œil immobile, (observations). Dans le sinus sphénoïdal, on notera de plus de l'exophtalmie par compression ou par fusées purulentes dans l'orbite.

L'examen du fond de l'œil apportera un nouvel appoint ; s'il se fait au début, on aura surtout des symptômes de névrite du nerf optique : ce qui expliquera les sensations éprouvées (phosphènes, brouillards devant les yeux, diminution de l'acuité visuelle) ; on peut constater une thrombose de la veine ophtalmique, conséquence probable d'une suppuration au voisinage du sinus caverneux ; enfin, dans les cas extrêmes, on peut avoir atrophie d'une ou des deux papilles (Observation XVIII).

Il faut signaler aussi dans les deux formes des troubles de l'audition, des bourdonnements (Blais), de la surdité dus à la compression de l'orifice pharyngien de la trompe par sequestre tombé dans le pharynx nasal (cas de Moure).

De tous ces symptômes aucun n'est pathognomonique ; mais leur ensemble, si on y ajoute les lésions nasales, les antécédents du malade, constitue un syndrome important pour asseoir son diagnostic.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Comme la clinique, le diagnostic doit se diviser en deux parties.

a) Diagnostic de l'affection proprement dite.

b) Diagnostic des complications.

Nous ferons le diagnostic de la syphilis tertiaire avec les empyèmes des sinus et les tumeurs de ces mêmes cavités.

Dans l'empyème des sinus nous pourrions avoir des points communs, mais il y a cependant des différences qui ne permettent pas de les confondre. L'empyème des sinus est souvent la conséquence d'une maladie infectieuse grave comme l'érysipèle, la variole, la fièvre typhoïde ; il est toujours précédé d'un coryza plus ou moins aigu. Toutefois l'abcès du sinus maxillaire peut survenir sans lésions nasales, mais alors il y a une affection du bord de la mâchoire supérieure. Dans tous les cas, même s'il existe des lésions nasales, on ne trouve pas ici les vases délabrement de la vérole. De plus le pus de l'empyème est bien lié ; il s'écoulera quand le malade baissera la tête, ou quand on fera le cathétérisme des sinus.

Les tumeurs des sinus de la face (les ostéomes, les sarcomes) ont une symptomatologie différente. Sans doute ces tumeurs dans leur phase latente, alors qu'elles restent dans les cavités sans faire saillie au dehors, peuvent donner naissance à des phénomènes de compression qui restent longtemps le symptôme unique par lequel elles révèlent leur existence. Qu'il s'agisse de polypes ou que l'on soit en présence de tumeurs osseuses développées dans les sinus, tumeurs spéciales décrites par DOLBEAU et dont l'étude a fait l'objet d'une importante monographie de P. Olivier (de Rouen) (1), on peut observer des douleurs extrêmement violentes s'accompagnant de paroxysmes avec irradiations au front, à la tempe, dans l'orbite, dans les dents. Mais ces tumeurs sont fort rares, et dans la phase latente c'est-à-dire avant l'apparition de la tumeur au dehors, on ne peut guère en faire le diagnostic que par exclusion. Ces tumeurs ne sauraient être influencées d'une manière aussi marquée par le traitement ioduré qui pourrait tout au plus amener une régression passagère.

L'examen nasal lèverait vite les doutes dans la syphilis. L'odeur de *punaisie* est caractéristique; et, si l'on pratique la rhinoscopie, il est facile de constater la destruction des cornets, des perforations de la cloison, l'existence des séquestres plus ou moins mobiles; quelquefois on peut apercevoir des gommes en voie d'ulcération, soit au pharynx, soit sur le voile du palais.

1. P. Olivier. *Tumeurs osseuses des fosses nasales et des sinus de la face*. Thèse de Paris 1869.

Parlerons-nous de la tuberculose ? Les lésions osseuses de tuberculose sont très rares dans les sinus, la maladie s'attaque surtout à la cloison cartilagineuse des fosses nasales. Toutefois le diagnostic peut être hésitant jusqu'à la fin : témoin l'observation de P. Raymond publiée dans le *Bulletin de la société d'anatomie* (1885) où la véritable nature des lésions n'a pu être constatée que sur la table d'autopsie.

Les complications orbitaires des sinusites peuvent ressembler à des tumeurs de cette région. Dans les deux cas, nous pouvons trouver de l'exophtalmie avec saillies et œdème des paupières, du défaut de motricité du globe oculaire ; mais le sens de la protrusion de l'œil peut être différent de celui qui est imposé dans les sinusites syphilitiques par suite de leurs rapports anatomiques. Le sens de l'exploration du champ visuel en montrant dans quelle portion de ce champ se produit la diplopie fournira de nouvelles indications sur le siège des lésions. En cas de doute, l'examen de l'œil et du nez fera lever le plus souvent les hésitations.

Quant aux complications cérébrales, il se pourrait que les localisations méningitiques du processus syphilitique donnent le change et fassent croire à une méningite primitive, surtout si l'on a laissé passer inaperçu le point de départ nasal de l'affection. Mais l'interrogatoire du malade, les antécédents, l'examen du nez, permettront presque toujours d'éviter cette erreur de diagnostic.

Quel pronostic comportent les cas de syphilis tertiaire des sinus ?

M. le professeur Fournier (1) se basant sur deux cas de nécrose du sphénoïde qu'il avait observés, portait dans ce genre d'affection un pronostic absolument grave. Tout dépend du moment où les malades vont consulter leur médecin, et de la promptitude que ce dernier mettra à instituer un traitement énergique. Nous avons recueilli plusieurs observations de guérison dues à une médication intensive pratiquée à temps. De cette façon on évitera souvent au malade la genèse de troubles visuels irrémédiables et l'explosion d'accidents méningitiques mortels.

1. Fournier. *Cliniques sur les ostéites naso-crâniennes*, 1881.

TRAITEMENT

En face de la syphilis tertiaire des sinus quelle conduite doit-on tenir ?

Le traitement doit être général et local.

Avant tout, il faudra instituer la médication spécifique, car cette médication bien dirigée peut prévenir les redoutables complications orbitaires et cérébrales, et même, en cas d'explosion de ces accidents, hâter le travail de séparation ou d'élimination, puis calmer la céphalée du malade en lui permettant de prendre quelque repos.

Nous prescrirons donc le traitement bi-ioduré. Mais à quelle dose ?

Faut-il, à l'exemple de Schuster (1), parlant d'une série de cas graves de syphilis des sinus du nez, qu'il a eu l'occasion de traiter récemment, faut-il prescrire des cures mercurielles énergiques et répétées et, si le mercure n'est plus supporté, des cures d'Iodure de Potassium à doses énormes (Schuster parle de 35 grammes par jour néces-

1. Schuster. *Etude sur le traitement de la syphilis des sinus du nez.* (Arch. f. Dermatol., 1894).

saires et suffisants pour guérir les lésions locales). Cette dose d'iodure est peut-être excessive.

Dans tous les cas, le traitement général consistera en frictions mercurielles énergiques (4 à 6 grammes par jour) et dans l'administration d'iodure de Potassium (au moins 8 grammes chaque jour).

Pour nous résumer en deux mots, il sera intensif et rapidement institué.

Si l'on a affaire, comme dans plusieurs de nos observations, à des malades affaiblis, à côté de la médication spécifique on pourra user largement des toniques (glycérophosphates ferrugineux etc.

A ce traitement général, il faudra joindre un traitement local comportant deux indications, *a)* Faire disparaître l'odeur épouvantable qui s'exhale du nez du malade et qui le rend intolérable pour son entourage. *b)* Enlever les séquestres ou hâter leur élimination.

Pour remplir la première indication, on a employé de grands lavages avec solution antiseptique (permanganate de potasse, sulfate de soude). « M. Moure (1) a même inventé une canule percée en pomme d'arrosoir que l'on peut adapter sur un injecteur ordinaire et que le malade peut facilement introduire derrière le voile du palais; il peut ainsi lui-même prendre trois ou quatre douches rétro-nasales ». Schuster recommande les lavages et badiageonnages à la glycérine iodée; il proscriit les poudres qui favorisent la formation des croûtes, croûtes tellement adhérentes que le médecin est souvent obligé de les enlever avec la pince.

1. Jaffrédou. *Nécrose du sphénoïde*. Thèse de Bordeaux, 1896-97.

Mais l'ozène ne disparaît complètement qu'après l'élimination des sequestres.

Toutefois les os dénudés et apparemment nécrosés qui appartiennent à la paroi supérieure des fosses nasales ; à la cloison, aux cornets, ne doivent pas être enlevés de parti pris. Souvent ces lésions, dit Schuster, guérissent avec des soins quotidiens (lavages et badigeonnages à la glycérine iodée) et le traitement général dans tous les cas. Les os, répète-t-il, se limitent plus vite et s'éliminent plus facilement sous l'influence de l'iode ; on ne doit les enlever que s'ils sont mobiles au stylet qui les accroche.

Si l'on s'aperçoit cependant, surtout dans les cas de nécrose du sphénoïde qu'un séquestre sans être complètement mobile, ne tient plus à l'os sain que par un point, on peut chercher comme Moure et Blain l'ont fait plusieurs fois, à le saisir derrière le voile du palais à l'aide d'une pince rétro-pharyngienne, à le détacher avec précaution et à l'enlever par la bouche.

Quant au traitement local pour les accidents orbito-cérébraux, Verchère dans un cas de gomme syphilitique du frontal rebelle à tout traitement, pratiqua la craniectomie et enleva un séquestre noir et fétide du diamètre d'une pièce de cinq francs. La malade guérit parfaitement bien. (Voir observation III).

Disons cependant que le traitement local doit être subordonné au traitement général et qu'il ne faut pas trop se hâter de prendre le bistouri : témoin l'observation d'ostéo-périostite frontale syphilitique dont la malade analogue à celle opérée par le professeur Richet (Observation II) a vu sa tumeur disparaître totalement sous la seule influence du traitement bi-ioduré (Observation V).

CHAPITRE VII

Observations

Dans ce chapitre nous publions les observations que nous avons pu recueillir.

Sinus frontal.

OBSERVATION I

Abcès des sinus frontaux survenu sous l'influence de la syphilis. Pas d'accidents cérébraux, ni oculaires.

(*Bulletin de la Société anatomique* de 1880. Cette observation est de Cruvelhier).

Une femme de 50 ans qui avait des antécédents syphilitiques, portait sur la partie antérieure du front une tumeur fluctuante et indolente. Lorsqu'on exerçait sur cette tumeur une pression longtemps prolongée on finissait par la vider ; une grande quantité de pus s'écoulait alors par le nez. On diagnostiqua une affection du sinus frontal, avec destruction de la paroi antérieure de ce sinus. Il y avait plus de trois exostoses sur les bras et les avant-bras.

Cette femme étant morte d'albuminurie, on trouva à l'autop-

sie le sinus frontal très dilaté et plein de pus, sa paroi antérieure était détruite dans une grande étendue ; autour de cette perforation le tissu osseux était épaissi et condensé. Il n'y avait plus de déplié, toute l'épaisseur de l'os étant constituée par un tissu compact très serré.

OBSERVATION II

*Abcès des deux tissus frontaux chez un sujet syphilitique.
Accidents oculaires par compression.
(Service du professeur Richet 1881).*

V... Henri, âgé de 19 ans, employé entre le 18 novembre 1881 salle Saint-Landry.

Antécédents. — Il y a un an environ, le malade a eu un chancre suivi de plaques muqueuses à l'anus et à la bouche. Sujet à de fréquents coryzas qui pouvaient tenir à son tempérament nettement scrofuleux, il avait au nez des petites ulcérations et des croûtes qu'il enlevait le matin.

Il y a environ huit jours, il s'aperçut qu'il ne pouvait plus mettre son chapeau et il put constater alors qu'il avait sur le front gauche une tuméfaction douloureuse au toucher. A ce moment même, il souffrait d'un coryza assez intense qui lui durait depuis quelque temps déjà.

Dans ces derniers jours, il en souffrait surtout la nuit (douleurs sourdes).

Il a saigné du nez et il crachait du sang.

Les efforts d'expulsion montraient bien que ce sang venait

de l'arrière-cavité des fosses nasales. Depuis trois mois « il mouchait très sale ».

Etat actuel. — Tuméfaction diffuse sans changement notable de couleur à la peau. Dans le point le plus saillant à gauche de la ligne médiane et à 3 centimètres au-dessus du sourcil, on sent un peu de crépitation emphysémateuse passagère. Quand on le presse, le malade dit qu'il sent quelque chose lui couler dans le nez et dans l'arrière-gorge. La tuméfaction s'étend aussi du côté droit, mais est beaucoup moins prononcée et plus dure. La paupière inférieure est œdématisée, rouge, tombante, le rebord de l'arcade sourcillière est épaissi,

Il existe en même temps de la stomatite due au traitement mercuriel auquel le malade est soumis.

22 novembre. — La tuméfaction au-dessus de l'œil droit a beaucoup augmenté. il y a fluctuation. Incision au-dessus du rebord sourcillier. Ecoulement du pus, passage d'un drain, la crépitation emphysémateuse sur le front est très manifeste.

24 novembre. — On fait une incision sur le front dans le point le plus saillant et le plus crépitant. On introduit une sonde cannelée et on constate que le sinus frontal est largement ouvert, tube à drainage.

Une injection faite par le tube frontal ressort par l'arrière cavité des fosses nasales : et par le tube situé sous l'arcade sourcillière du côté droit, on retire le tube.

30 novembre. — Nouvelle incision sur la paupière supérieure fortement tuméfiée du côté opposé au niveau du sillon orbito-palpébral. Tubes. Les injections phéniquées passent facilement d'un sinus à l'autre ; ce qui prouve à l'évidence leur communication. Poussé un peu fort, le liquide jaillit à la fois par tous

les orifices, paupières et front et par les fosses nasales. (Thèse de Bertheux, 1881).

OBSERVATION III

Quoique non consécutive à des lésions tertiaires nasales, l'observation suivante de syphilis du sinus frontal nous a paru intéressante à cause des accidents cérébraux qu'elles mentionnent. Nous en donnons un court résumé.

Gomme syphilitique du sinus frontal. Craniectomie. Extraction d'un séquestre. Guérison.

Augustine G., syphilitique depuis 7 ans, entre à l'infirmerie de St-Lazare dans le service du Dr Leblond, pour une gomme syphilitique du sinus frontal.

La malade est mise au traitement intensif (8 grammes d'iodure par jour). Quatre piqûres de calomel (de 10 centig.), sont faites en un mois puis remplacées par des frictions (4 ou 5 fois par jour). Aucune amélioration ne se manifesta sinon un peu de diminution de la céphalée.

Pendant une nuit, elle est prise subitement d'hémi-parésie avec impossibilité de détacher le talon du lit, le bras pend presque inerte. On pense à des phénomènes de compression. M. le Dr Verchère pratique la craniectomie et extrait un séquestre noir et fétide du diamètre d'une pièce de 5 francs.

Le lendemain la parésie avait disparu, la malade n'avait plus de céphalée.

On continue le traitement spécifique. D'ailleurs dès que l'on

supprime l'iodure, ce que l'on a tenté expérimentalement, les douleurs de tête, très atténuées il est vrai, ont de la tendance à réapparaître.

OBSERVATION IV

(Thèse de Bois 1896. Paris).

Abcès frontal syphilitique avec fistule cutané. — Végétations nasales syphilitiques. Pas d'accidents cérébraux ni oculaires.

Il s'agit d'une femme de 46 ans qui porte, depuis trois mois, une tuméfaction du front avec fistule. Elle présente dans le nez des végétations syphilitiques fétides. La tuméfaction de la bosse frontale disparut par l'administration de l'iodure de potassium ; mais la fistule continue à donner du pus. On agrandit alors l'ouverture osseuse du sinus frontal et on enlève des séquestres. Tamponnement après l'opération. Fermeture partielle de la plaie entamée.

OBSERVATION V (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Chatellier).

Ostéo-périostite frontale syphilitique. — Lésions nasales syphilitiques. — accidents oculaires par compression.

Elisa X... âgée de 37 ans, couturière, vient consulter à l'hôpital Saint-Joseph le 2 avril 1897. Elle a eu des enfants morts en bas âge, n'a pas fait de fausses couches, est mariée à un homme dont l'inconduite est notoire.

Au premier coup d'œil la malade paraît atteinte d'une sinu-

site frontale ordinaire; elle présente une tuméfaction de la grosseur d'une bonne mandarine, siégeant au front, à gauche un peu en dehors de la ligne médiane.

La date du début de cette tumeur manque totalement; la fluctuation est très nette à ce niveau, les fosses nasales sont remplies de croûtes, l'air inspiré à une odeur particulière.

L'éclairage des sinus ne permet pas de conclure, l'obscurité étant égale des deux côtés. La paupière de l'œil gauche est tuméfiée; à l'ophtalmoscope, on constate un état variqueux des veines de la pupille; l'acuité visuelle est égale au 6/10 de la normale.

La malade se plaint de douleurs vives étendues à tout le côté gauche de la figure, avec point de départ frontal. Elle dit avoir mouché du pus par les deux narines, d'abord à gauche, puis à droite depuis cinq jours.

Le lendemain, 3 avril, après un lavage du nez, le Dr Chatellier constate une perforation de la cloison et une destruction presque totale du cornet inférieur gauche. De plus l'examen buccal révèle une tuméfaction de la paroi antérieure des corps vertébraux au niveau de la 4^e vertèbre cervicale environ.

Quoique la malade ne puisse fournir de renseignements sur des accidents spécifiques antérieurs, le diagnostic d'ostéo-périostite syphilitique était le plus probable.

En conséquence, M. le Dr Chatellier prescrit le traitement bi-ioduré.

Sous son influence les douleurs disparaissent peu à peu, la tumeur diminue progressivement de volume. Deux mois après, le 31 mai, l'exudat est totalement résorbé, un bombement léger du front, au niveau du sinus gauche est le seul vestige qui reste de la tumeur, la tuméfaction vertébrale est à peu près

complètement effacée, seule la large perforation de la cloison reste comme signature de la maladie.

La malade avait fait des frictions mercurielles à la dose de 4 grammes par jour : une première fois pendant 15 jours, une deuxième fois pendant 8 jours ; elle avait pris également de l'iodure de potassium, 6 grammes par jour pendant deux périodes de 3 semaines séparées par une intervalle de 15 jours de repos.

OBSERVATION VI

« Dans une observation que nous regrettons de ne pas avoir et qui nous paraît devoir être intéressante, d'après les extraits de quelques journaux, Welge donne avec détails une observation d'abcès dans le sinus frontal dont Todes indique seulement les circonstances principales. C'est à celui-ci que nous les empruntons : Les voici :

Suppuration syphilitique dans le sinus frontal et maxillaire.

Suppuration dans le sinus frontal avec dilatation considérable de cette cavité déterminant par la pression exercée sur le cerveau un état comateux, puis tuméfaction considérable du visage ; le tout provenant d'une ancienne maladie vénérienne. Quand le malade fut à l'hôpital de Göttingue, des esquilles furent éliminées de la cavité orbitaire et de l'éthmoïde. Dès que la véritable cause du mal fut connue, on administra le sublimé, ensuite la poudre de Plummer, une forte décoction de badiane et on fit faire des onctions mercurielles autour de l'œil.

Il y avait aussi du pus dans le sinus maxillaire. Le sinus frontal, le sinus maxillaire et les fosses nasales finirent par ne plus faire qu'une cavité. La malade lassée du traitement sortit de l'hôpital dans cet état. (*Todes medicinisch chirurgische Bibliothek*).

Sinus maxillaire.

OBSERVATION VII

*Empyème syphilitique de l'antre d'Higmore.
(D^r Lewin. Société de médecine interne de Berlin).*

Il s'agit d'un homme qui soigné un an auparavant avec succès pour des ulcères spécifiques des membres inférieurs offrait au moment de sa présentation, les signes d'un empyème du sinus maxillaire coïncidant avec des ulcérations nasales spécifiques, ayant détruit le cornet inférieur et de là envahi l'antre d'Higmore.

OBSERVATION VII.

Empyème syphilitique de l'antre d'Higmore ? Pas de syphilis nasale. Accidents oculaires par compression.

Mde. C.. 26 ans. Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels; probablement la syphilis contractée.

21 juin 1895. — Tympan très déprimé à gauche. Catarrhe nasal du même côté. Contracture du masséter, du temporal et des muscles du marteau. Pas de dent de sagesse évoluant ou ayant évolué.

Eclairage par transparence moins net à gauche surtout sur le rebord orbitaire. Pupille non éclairée.

La malade se plaint de l'œil gauche. Le globe oculaire humecté partout est manifestement plus saillant à gauche qu'à droite. Pupilles égales des deux côtés. Douleur périorbitaire.

On se demande s'il n'y a pas un empyème du sinus maxillaire ou frontal. Tous ces accidents sont survenus en très peu de temps.

Ponction par le méat inférieur, rien le premier jour ; le lendemain écoulement de muco-pus très épais, mais en petite quantité.

10 juillet. — On ouvre le sinus par l'alvéole d'une dent. Le lavage ramène du pus.

27. — Les douleurs continuent. M. le Docteur Beausoleil qui soigne la malade, enlève un petit sequestre qui siège tout autour de la fistule alvéolaire du maxillaire supérieur. M. le Docteur Moure en enlève un autre huit jours après.

Trait. spécifique — Dès le commencement de cette médication, les lavages n'ont plus ramené de pus fétide et la guérison progresse rapidement.

5 octobre. — La suppuration est à peu près tarie et la malade repart pour Paris en gardant son clou ; les douleurs et les contractures avaient disparu complètement, ainsi que les autres symptômes. (Bordeaux, thèse de Koearowitch. 1896).

OBSERVATION IX

*Empyème chronique de l'antré d'Higmore droit. Syphilis.
(Thèse de Galpin, Paris 1891).*

M..., 37 ans, a contracté la syphilis il y a 15 ans. Elle vient trouver le Dr Baratoux le 25 août 1882. Depuis 5 ans cette malade mouche des croûtes jaunâtres fétides. Douleurs sus-orbitaires et frontales intermittentes. Pas de projection des joues.

L'examen rhinoscopique nous montre la cloison détruite, les cornets inférieurs nécrosés. De plus la malade accuse de la douleur au niveau de la deuxième incisive supérieure droite. Cette dent est cassée et n'est plus représentée que par un mince chicot.

Il en est de même de la deuxième incisive supérieure gauche, de plus à droite la deuxième grosse molaire manque totalement.

Nous faisons une ouverture alvéolaire à ce dernier endroit suivie d'une injection boriquée.

Il s'écoule du pus par l'orifice nasal du sinus, mais cet écoulement est assez difficile au premier lavage. Après plusieurs lavages successifs, le pus s'écoule facilement. L'odeur est absolument fétide. Outre ces lavages faits tous les deux jours, cette malade est soumise de plus au traitement antisypilitique.

Sérieusement améliorée au bout d'un mois, cette malade est obligée de s'absenter et n'est plus revue.

OBSERVATION X

Suppuration syphilitique dans les sinus maxillaires. Lésions nasales spécifiques.

(Résumé communiqué par M. le Dr Baratoux).

M. L..., 31 ans, syphilitique mouche beaucoup de croûtes, a une odeur de pourri dans le nez. Douleurs sus-orbitaires et frontales. Pas de douleurs au niveau de l'os molaire, pas de gonflement de la joue.

A l'examen rhinoscopique, la cloison est détruite ainsi que les deux cornets inférieurs.

Traitement biioduré. Lavages des sinus par leurs orifices naturels. Guérison deux mois après. (Thèse de Galpja, 1891, Paris).

Sinus sphénoïde¹.

OBSERVATION XI

(Duplay, in thèse de Kaplan 1891-1892).

Thrombose du sinus caverneux.

La nommée Adélaïde B..., âgée de quarante-trois ans, journalière, entre à l'hôpital le 20 mai, salle Ste-Marthe, dans un état général grave. Peu de renseignements : trois mois avant, érysipèle de la face, dont il ne reste aucune trace. Depuis quinze jours seulement, elle souffre de l'affection actuelle. Elle fut prise de douleurs très vives intra et péri-orbitaires du côté droit. On

ne peut attribuer sa maladie à aucune cause traumatique ou autre connue. Les douleurs du début sont allées en augmentant et se sont accompagnées de troubles visuels du côté droit tels que : brouillards, perceptions d'éclincelles, et cela pendant huit jours environ ; ce n'est que depuis une semaine que l'œil droit est devenu plus gros, en même temps il est survenu une cécité complète. Elle souffre de la gorge depuis quinze jours d'après elle et sa voix est nasonnée. Pas d'engorgement ganglionnaire, aucune trace d'affection cutanée spécifique. Sur huit enfants venus à terme, quatre sont morts.

Etat actuel. — La région de l'œil droit est considérablement gonflée, les paupières sont rouges, œdématisées, recouvrant le globe oculaire. En les écartant, on constate une exophtalmie sans que le globe de l'œil lui-même paraisse augmenté de volume. Il est presque complètement immobile. Sa consistance est normale, légère déformation de la pupille, chémosis considérable. Tuméfaction péri-orbitaire mollassse, surtout accusée à la partie supéro-interne et qui paraît se continuer avec la branche montante du maxillaire. Voies lacrymales obstruées, sécheresse des deux narines.

Il est difficile de reconnaître par suite d'un enduit noirâtre, quelles sont exactement les lésions dont on soupçonne l'existence sur le voile du palais. L'oreille droite est sourde et laisse échapper du sang depuis quinze jours. Pouls 100, peau chaude.

Diagnostic probable. — Périostite syphilitique de la cavité orbitaire.

Traitement. — Gargarisme borax, glycérine ; bouillon, vin, potion avec extrait quinquina.

Le 22 mai. — Température 40°2. Pouls 100.

Examen ophtalmoscopique. — Dépoli de la cornée, pupille un

peu mobile, à contours légèrement irréguliers. Le fond de l'œil ne peut être exploré, il y a comme un voile interposé (trouble du corps vitré). La gorge étant nettoyée, on constate une large perté de substance sur le voile du palais.

Le 23. — Température 39. Pouls 124.

Même état local, état gastrique et pulmonaire. On donne deux verres d'eau de Sedlitz.

Le 24. — Température 39°1. Vésicatoire.

Le 25. — Exophtalmie ainsi que le chémosis diminués ; œil plus mobile. Etat général grave, pas de paralysie ni de contraction.

Le 26. — Température 40°2. Pouls 136. Affaiblissement extrême, subdélirium la nuit ; symptômes pulmonaires. Mort à dix heures du soir.

Autopsie. — OEdème considérable et congestion passive des deux poumons qui sont noirs et ne crépitent plus en arrière.

Rien de spécial dans les autres viscères. Encéphale : Après avoir enlevé la dure-mère, on trouve de la méningite suppurée en deux points : 1° à la convexité vers la partie moyenne du lobe frontal. Le cerveau ramolli superficiellement en ce point, est parsemé de petites hémorragies punctiformes.

2° A la base, au niveau de la protubérance et du bulbe, il s'écoule de tous ces points une certaine quantité de pus. Phlébite suppurative dans un très grand nombre de sinus, notamment dans les sinus coronaire, caverneux et pétreux des deux côtés.

Base du crâne. — Le périoste se détache très facilement de la selle turcique et de l'apophyse basilaire. Il est épaissi, rouge, et l'os, au-dessous de lui, est évidemment atteint d'ostéite. Il est rouge, pointillé, friable. En faisant des coupes du rocher du

côté droit, on constate une ostéite localisée surtout au voisinage du trou déchiré antérieur.

Cavité orbitaire. — En soulevant la paroi supérieure de l'orbite, on ne trouve de ce côté aucune lésion osseuse. Il n'y a pas non plus de phlegmon intéressant tout le tissu cellulaire de l'orbite; en disséquant le tissu cellulaire, on trouve bien plusieurs collections purulentes en forme de fusées allongées entourant les vaisseaux, surtout du côté interne du nerf optique; mais à la partie antérieure de l'orbite le tissu cellulaire est complètement sain.

Le nerf optique ne paraît pas malade, il est en contact presque immédiatement avec le pus.

L'œil ne présente pas de lésion, humeur vitrée intacte; près de la papille la rétine présente une ou deux taches blanchâtres.

Fosses nasales. Coryza chronique non ulcéreux à la partie antérieure, la muqueuse est épaissie et un peu rouge. Plus on se rapproche des parties profondes, plus les lésions sont accentuées.

Dans les sinus sphénoïdaux il y a une véritable collection purulente. La muqueuse y est détruite et l'os mis à nu. C'est en un point correspondant à la face interne du crâne qu'on a trouvé l'ostéite et la plus grande quantité de pus dans les sinus de la dure-mère. On trouve des lésions analogues dans les cellules ethmoïdales jusqu'au voisinage de la cavité orbitaire droite; mais celle-ci reste saine.

OBSERVATION XII

(Publiée dans les Annales des maladies de l'oreille, du larynx et des organes connexes par M. le professeur Fournier).
Nécrose du sphénoïde. Accidents cérébraux et oculaires.

Un malade, anciennement syphilitique, commence par éprouver pendant dix-huit mois à deux ans, les divers symptômes suivants.

« Il est toujours enrhumé » dit-il « il mouche plus souvent que de coutume et son mouchoir est souvent strié de sang ». Il n'attache d'abord aucune importance à ces légers symptômes, mais comme à cela se joint un certain trouble de l'ouïe vers une oreille, il se décide à aller consulter un auriste. Il se croit et on le croit à l'époque malade de l'oreille. Le voici donc passant plusieurs mois entre les mains de divers médecins spécialistes sans qu'aucun changement favorable soit apporté à son état.

Quelques mois plus tard sa vue commence à baisser en même temps que les symptômes précédents persistent.

C'est aux ophtalmologistes qu'alors il a recours. Aucun succès. Je le vois à ce moment. Mon rôle était plus facile, car j'étais éclairé et par les insuccès de mes devanciers et par la persistance du mal. Je soupçonne une lésion nasale. Mais l'absence d'ozène et l'absence de tout renseignement fourni par l'exploration au stylet doivent encore à mon sens, comme aussi de l'avis de plusieurs de mes collègues consultés à ce moment, imposer au diagnostic une réserve absolue. Un traitement spécifique néanmoins est prescrit. Malheureusement, il n'est accepté qu'avec répugnance et suivi avec irrégularité.

Puis, quelques mois plus tard, le malade commence à souffrir de la tête ; son état général s'altère ; il pâlit, il maigrit ; il devient taciturne, morose, sombre ; il continue bien à vaquer à ses occupations habituelles mais il n'accomplit plus qu'avec fatigue son travail de chaque jour. Voilà l'invasion cérébrale commencée. Elle persiste sous cette forme quelques mois encore. Plus tard elle se continue successivement par une paralysie de la sixième paire droite, puis par une paralysie de la troisième paire gauche.

A ce moment et à ce moment seulement, c'est-à-dire dans le dernier mois de la vie, un ozène intense se produit et le stylet révèle une dénudation du sphénoïde. Enfin une attaque apoplectiforme termine brusquement la scène.

OBSERVATION XIII

(Publiée dans les Annales des maladies de l'oreille, du larynx et des organes connexes. N° de mars 1881, par M. le professeur Fournier).
Nécrose du sphénoïde. — Accidents cérébraux et oculaires.

Une femme âgée de 30 ans, déjà traitée à plusieurs reprises par nous pour différents accidents de syphilis secondaire, vient nous retrouver en octobre dernier, se plaignant simplement de ceci : maux de tête habituels, qui ne l'ont guère quittée, dit-elle, depuis un an ; malaise général, courbature, brisement, affaiblissement.

Notez qu'elle a pu venir à pied à l'hôpital et que jusqu'à ce jour, elle a pu vaquer à ses occupations, c'est-à-dire travailler à son métier de couturière.

Elle est admise le 22 octobre, salle St-Thomas, n° 14. Pendant

les 5 premiers jours, on relève chez cette malade soigneusement observée, un ensemble de symptômes se résumant en ceci ; Fièvre notable, avec frissons passagers ; état gastrique (inappétence, langue grisâtre, etc...), constipation opiniâtre ; céphalalgie intense et continue ; perte des forces et accablement général, au point que la malade pouvait à peine se tenir debout et eût été incapable de marcher. Et rien autre, rien de plus. Si bien qu'en présence de tels symptômes vagues d'essence et ne répondant pas, même par leur réunion, à un type morbide bien défini, le diagnostic resta oscillant, indécis. C'est ainsi qu'un de mes collègues, qui me remplaçait alors songea d'abord à un embarras gastrique fébrile, puis à une fièvre typhoïde, et suspecta plus tard l'invasion d'une autre maladie ne se spécifiant pas encore par quelque signe formel.

Le sixième jour, ce signe attendu se révéla enfin : ce fut une paralysie de la sixième paire droite. Le voile était levé sur la situation. C'était le cerveau qui se trouvait en cause. Le traitement dès lors fut institué en ce sens.

C'est sur ces entrefaites que j'eus à examiner la malade. Les symptômes qu'elle présentait alors et le caractère aigu de l'affection ne me permirent pas de supposer autre chose qu'une encéphalite, en dépit de l'absence des autres phénomènes ; tels que troubles intellectuels, délire, spasmes musculaires, convulsions, embarras de la parole, etc... qui constituent le cortège habituel d'une phlegmasie cérébrale.

Au delà, les choses restèrent en l'état, sans changement bien notable, pendant toute une semaine,

Puis survint une hémiplegie gauche avec coma progressif, le lendemain la paralysie sembla envahir le côté droit. Ce même jour la malade succomba. En somme les symptômes morbides

qui déterminèrent la mort n'avaient pas duré plus de 13 jours.

Autopsie. — L'autopsie fut pratiquée avec le plus grand soin et révéla deux sortes de lésions connexes à savoir :

1° Des lésions osseuses de la base du crâne.

2° Des lésions d'encéphalite de la base correspondant exactement comme localisation au siège des lésions osseuses. A l'occasion de ces curieuses lésions, qu'il me soit permis quelques mots de développement.

1° *Os.* — Les lésions osseuses que présentent le crâne ont leur foyer principal au niveau de la selle turcique. Là toute la portion du sphénoïde qui forme le centre de la base du crâne est absolument nécrosée.

Nous extrayons même de ce point un volumineux séquestre constitué par le corps du sphénoïde et presque libre au milieu d'un clapier purulent, gangréneux. Ce séquestre enlevé, nous constatons une lésion majeure à savoir la perforation du crâne et la libre communication de la cavité crânienne avec les fosses nasales. Les os qui forment la paroi de ces foyers sont affectés d'ostéite, ainsi que ceux du voisinage qui, au niveau des fosses nasales, sont recouverts d'une muqueuse fongueuse, bourgeonnante, fétide, offrant une coloration brunâtre et verdâtre qui rappelle le sphacèle.

2° *Encéphale.* — Chose curieuse, mais déjà signalée plusieurs fois en pareilles circonstances les méninges qui sont en contact avec le foyer précédent sont presque intactes, à peine épaissies. Mais, au dessous d'elles, nous constatons une encéphalite non douteuse, affectant la base des deux hémisphères, au niveau des lobes frontaux et sphénoïdaux. La méningo-encéphalite déjà manifeste par la symphyse méningo-encéphalitique, par le ramollissement de la substance cérébrale et par sa

coloration verdâtre, a été vérifiée ultérieurement par l'examen histologique. Le chiasma des nerfs optiques qui avoisine le foyer, est absolument ramolli, au point qu'il se déchire pendant l'examen sous la seule influence de l'écartement spontané des hémisphères.

En résumé, il ressortait manifestement de l'examen microscopique : 1° que la mort avait été produite par une encéphalite; 2° que cette encéphalite reconnaissait comme origine les lésions osseuses développées au niveau de la voûte des fosses nasales.

Quant au caractère syphilitique de ces lésions osseuses, il ne pouvait être mis en doute un seul instant, et cela pour les raisons suivantes : l'âge de la malade, sa bonne constitution, l'absence chez elle de toute manifestation tuberculeuse, le siège de l'affection qui est siège de prédilection des accidents spécifiques, les antécédents avérés de syphilis, l'âge même de cette syphilis.

Tout, en un mot, témoigne en faveur de la vérole et permet d'affirmer l'existence de manifestations tertiaires syphilitiques en même temps que l'origine spécifique des accidents terminaux.

OBSERVATION XIV

Publiée dans la Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 1^{er} août 1883 par M. le Dr Baratoux. Nécrose du sphénoïde. Pas d'accidents cérébraux ni oculaires.

M. L. G..., âgé de 33 ans, se présente à notre dispensaire le 26 avril 1883.

Le malade nous raconte avoir eu, vers 1868, un chancre induré suivi de plaques muqueuses, d'érythème, de papules d'origine syphilitique.

Vers 1872, il est pris de douleur siégeant dans les fosses nasales. A partir de cette époque, il ne cesse de moucher des mucosités purulentes, répandant une odeur de punaisie très marquée.

Parfois ces sécrétions abondantes renfermaient de petits fragments osseux. Dans le courant de l'année 1874, Ch..., vint consulter M. le Dr Jardin pour une céphalée opiniâtre qui l'empêchait de dormir. Notre confrère lui prescrivit de l'iodure de potassium à la dose de 4 à 5 grammes par jour. Lorsque le malade prenait ce médicament, la sécrétion nasale augmentait mais la céphalée diminuait considérablement. Alors il suspendait de lui-même son traitement, pour le reprendre après un temps plus ou moins éloigné, suivant que le mal de tête était plus ou moins intense. Un jour, c'était au commencement de 1875, il apporta à M. Jardin un fragment d'os assez considérable qu'il avait rendu en se mouchant : c'était un de ces cornels. Depuis ce moment il remarqua de temps en temps, dans les mucosités nasales, des parties osseuses assez volumineuses pour lui permettre d'en reconnaître la nature.

Depuis cette époque, M. Jardin n'avait plus revu son malade, lorsqu'il y a huit jours, celui-ci vint le trouver à sa consultation pour un point de côté qu'il ressentait dans le côté gauche. Notre confrère reconnut une pneumonie pour laquelle il lui conseilla de garder la chambre. Quelques jours après il venait nous trouver pour le débarrasser de la mauvaise odeur que répandait son nez. Ch. paraît très affaibli; sa respiration est courte, haletante; son oppression remonte à quelques mois déjà,

nous dit-il. Nous voulons l'ausculter, mais le malade répond que M. Jardin lui a donné un traitement pour son affection de poitrine.

Actuellement le malade ne présente aucun accident syphilitique du côté de la peau ou des muqueuses, si ce n'est du côté du nez.

Sa forme extérieure est peu modifiée; il est cependant légèrement aplati au niveau de l'extrémité antérieure des os propres, mais cette déformation est peu prononcée si on la compare aux lésions intérieures de cet organe.

En effet, à l'examen rhinoscopique, nous constatons la destruction complète des cornets inférieurs et moyens; les fosses nasales forment une cavité assez vaste dont les parois sont recouvertes de mucosités noirâtres. Vers leur milieu on aperçoit une masse solide assez mobile dont il est difficile de reconnaître la nature, car elle est entourée de mucosités épaisses.

La luette n'existe plus, sur la ligne médiane de la voûte palatine, à l'union de ces portions osseuses et membraneuses, est une perforation triangulaire qui laisserait passer l'extrémité du petit doigt.

Le pharynx nasal est aussi tapissé de mucosités qui empêchent de distinguer ces diverses parties. Inutile de dire que le malade ne respire plus par le nez et que l'olfaction a disparu depuis longtemps.

Nous conseillons au malade de faire usage d'injections nasales au sulfate de soude afin de nettoyer ces cavités. Dès la première injection, le malade sent qu'une masse se déplace dans ses fosses nasales et bientôt il rend par la bouche un fragment d'os que l'eau a chassé.

Cet os nécrosé, d'odeur nauséabonde, offre les dimensions

suivantes : longueur, 20 millimètres ; largeur, 15 millimètres ; hauteur à sa partie médiane, 10 millimètres : ses faces supérieure et inférieure viennent se rejoindre à angle aigu, tandis que sa face antérieure montre nettement le cul-de-sac de sinus sphénoïdaux séparés par la crête sphénoïdale ; à sa partie inférieure sont les restes du rostrum, de chaque côté duquel s'insérerait le vomer. Cet os n'est autre que la partie centrale du sphénoïde. L'on sait que celui-ci a des rapports importants : les nerfs olfactifs, les nerfs optiques, l'artère ophtalmique, la carotide interne, le sinus caverneux, les trois, quatre et six paires crâniennes, le nerf et la veine ophtalmique, le vomer et l'ethmoïde sont en rapport respectivement avec ses faces supérieure, latérale, inférieure et antérieure. A part la nécrose de ces deux os, les autres organes voisins paraissent sains, si l'on en juge par les troubles apparents. Il est vrai que le malade est privé de l'olfaction, mais l'absence de ce sens est facilement explicable par l'état de la muqueuse olfactive.

Quelques jours après s'être présenté à notre dispensaire, M. Jardin nous apprend que Ch... a succombé à sa pneumonie, lentement asphyxié sans avoir présenté de phénomènes cérébraux : quelques minutes avant sa mort, il causait avec les membres de sa famille.

Depuis le jour où le sphénoïde nécrosé était sorti des fosses nasales, l'écoulement purulent s'était tari ; cependant du pus concret sortait de temps en temps par la bouche, venant, nous dit son médecin, de la partie supérieure du voile du palais.

Nous ne saurions déterminer l'époque à laquelle remontait la nécrose du sphénoïde. Ce qui nous a frappé dans cette observation ; c'est l'absence de symptômes cérébraux, (si ce n'est toutefois la céphalée opiniâtre) et celle des troubles de l'œil.

Malgré le voisinage de vaisseaux sanguins importants, le malade n'a pas eu d'hémorrhagie.

L'autopsie de Ch... n'a pu être faite.

OBSERVATION XV

*Publiée dans le Medical Record du 15 avril 1893 par M. le
Dr Louis Blais Albany New-York).*

*Nécrose du sphénoïde. Accidents cérébraux. Pas
d'accidents oculaires.*

M. R. E. âgé de 35 ans vint nous trouver, il y a un an environ, pour une affection gênante et fort douloureuse du nez et de la gorge. Depuis trois semaines, ses deux narines étaient bouchées et son pharynx était si enflammé, si douloureux, qu'il pouvait à peine boire. Il se plaignait plus particulièrement de bourdonnements d'oreilles, de douleurs atroces, lancinantes, profondes dans la tête, avec au vertex une sensation pénible d'oppression, de constriction. Ces graves symptômes cérébraux étaient accompagnés de vertiges, de démarche titubante, et parfois d'état inconscient (unconsciousness), de nausées et d'une grande prostration. Les troubles cérébraux étaient prédominants. Le malade dormait très peu et sa santé générale était fort compromise. Il raconta qu'il avait eu la syphilis douze ans auparavant.

En examinant la bouche, on remarquait à la jonction du voile du palais et de la voûte palatine, une perforation d'un quart de pouce de diamètre. La cloison cartilagineuse des fosses nasales était perforée; mais l'examen ne put être poussé plus loin à cause de l'obstruction des deux narines. Il s'écoulait par celles-ci un liquide fétide, d'odeur caractéristique. En faisant une ex-

ploration soigneuse par la perforation palatine, on s'assura très nettement que l'os malade était le sphénoïde.

Le séquestre paraissait encore bien fixé, et il ne nous parut pas prudent d'aller le libérer avec une curette, à cause de la situation de l'os nécrosé, du danger qu'il y avait d'occasionner par ce moyen, de plus graves désordres et de la possibilité de perforer la mince enveloppe de sphénoïde.

Voici le traitement qui fut appliqué à ce malade. Un petit tube recourbé fut introduit avec soin à travers la perforation de la voûte palatine; et, par ce tube, les cavités du nez et du naso-pharynx furent irriguées à fond, trois fois par jour, avec une solution chaude de permanganate de potasse à 1 pour 1000; après chaque injection on faisait une abondante insufflation d'iodol. Le boursoufflement des parties molles ne tarda pas à disparaître et l'on put arriver sur le séquestre par la voix nasale.

Peu à peu l'os malade fut détaché. A l'aide d'une sonde pharyngienne, je le mobilisai et pus le retirer par la bouche. Il fut d'abord impossible d'enlever par les narines l'apophyse nécrosée; mais dix jours après l'institution du traitement, l'inflammation avait si bien disparu que les fosses nasales antérieures furent de nouveau libres. Dès lors, les graves symptômes cérébraux présentés par notre malade, violent mal de tête, nausées, bourdonnement d'oreilles et vertiges, disparurent presque complètement.

La perforation palatine fut ici d'un grand secours et simplifia le traitement. Le malade dont il est ici question était, nous l'avons dit, syphilitique depuis douze ans. De plus, il s'était très médiocrement traité et s'était livré à de nombreux excès d'alcool. Affaibli pour toutes ces raisons, le malade fut soumis à un

régime tonique ainsi qu'à un vigoureux traitement par le mercure et l'iodure de potassium. M. R. E. recouvra très rapidement ses forces.

OBSERVATION XVI (Inédite)

(Thèse de Jaffrédou. Bordeaux 1897).

Sur un cas de nécrose du sphénoïde, de la cloison et du vomer, consécutive à la syphilis (Dr Moure).

Le 23 août 1893, je fut consulté par Mme X..., âgée de 23 ans qui vint se plaindre d'être gênée pour respirer par la narine gauche, et de moucher abondamment des matières purulentes qui tachaient ses mouchoirs, répandant même une odeur excessivement fétide. Elle éprouvait en outre de violents maux de tête occupant les régions frontale et occipitale. Cette céphalée était d'une violence telle, que la plupart du temps la malade se faisait des injections de morphine.

En outre Mme X... éprouvait des vertiges fréquents, souvent même accompagnés de vomissements ; son entourage se plaignait de l'odeur extrêmement fétide répandue par elle et tout récemment enfin elle avait, en se mouchant, éliminé un petit séquestre qu'elle me montra et qui n'était autre que l'insertion du vomer au niveau du corps du sphénoïde. Cette malade se plaignait en outre d'avoir maigri beaucoup depuis l'époque de sa maladie, elle affirmait avoir perdu quatre-vingt-huit livres.

Interrogée sur ses antécédents, elle raconta que trois ans auparavant elle avait été infectée par son mari, et atteinte en ce moment d'accidents secondaires des plus nets. Elle fut alors

traitée par son médecin, mais suivit la médication prescrite d'une façon irrégulière. Depuis six mois, elle ne voyait plus ses règles, son état général devenait mauvais, et c'est pour ces différents motifs qu'elle venait me consulter.

A l'examen, la malade avait en effet le facies amaigri, le teint jaunâtre ; elle semblait être extrêmement nerveuse, par suite des douleurs intenses qu'elle ressentait à chaque instant, et probablement aussi à cause des injections de morphine qu'elle avait pris l'habitude faire régulièrement jusqu'au jour où elle vint me consulter.

Extérieurement, le nez a sa forme normale, il est absolument indolore, mais la malade ne peut respirer ni d'un côté ni de l'autre. L'examen des fosses nasales antérieures relève un gonflement de la muqueuse du nez et un léger affaissement de la cloison du côté droit ; d'où une impossibilité absolue à l'air de passer de ce côté.

A l'examen de l'arrière-gorge rien de particulier, ni du côté de la voûte palatine, du voile ni du côté du pharynx ; mais en plaçant le miroir rhinoscopique, il est facile de constater, après avoir débarrassé les fosses nasales et l'arrière-cavité du nez, des matières caséeuses et des croûtes qui y sont accumulées, que tout le corps du sphénoïde est noirâtre et comme nécrosé. Il est entouré d'une muqueuse très rouge, légèrement boursouflée, qui lui forme une sorte de collier au milieu duquel l'os dénudé se détache d'une manière très nette ; le stylet permet de reconnaître l'immobilité absolue de ce point osseux.

Par les fosses nasales antérieures, malgré la cocaïnisation la plus complète, il est absolument impossible d'apercevoir les anciennes fosses nasales.

Je prescrivis alors un traitement spécifique bi-ioduré, des in-

jections nasales et surtout de grands lavages par l'arrière-nez, faits par la cavité naso-pharyngienne, avec des solutions antiseptiques aromatisées, de manière non seulement à nettoyer les cavités nasales, mais aussi à enlever, dans la limite du possible, l'odeur nauséabonde entièrement fétide répandue par la malade autour d'elle.

Après quelques jours de ce traitement, la malade semblait aller mieux, mais le 17 ou le 18 août, elle reçut de chez elle une nouvelle qui la préoccupa beaucoup, et dès ce moment elle fut prise de vertiges violents qui l'obligèrent à s'aliter, les crises douloureuses devinrent plus intenses et plus rapprochées ; elle eut des vomissements abondants allant jusqu'à empêcher, toute espèce d'alimentation, et pendant cinq jours il fut impossible à la malade de continuer son traitement. Je fis alors des frictions mercurielles, ordonnai du repos, de la glace à l'intérieur, et la continuation du traitement local.

Après deux jours de cure, tout rentra à peu près dans l'ordre comme auparavant et la malade put revenir chez elle pour y continuer son traitement prescrit.

Le 16 octobre. — Elle revint à nouveau me voir, se plaignant de perdre la vue du côté gauche, depuis dix ou douze jours environ, me dit-elle.

A l'examen, je constatai toujours l'existence d'un point nécrotique, plus noir et plus étendu que la première fois, en outre il existait de nombreux bourgeons charnus qui semblaient indiquer un travail de réparation assez actif se faisant autour de l'os en voie d'élimination, la suppuration était extrêmement abondante et la malade se voyait obligée de faire ses lavages trois ou quatre fois par jour, afin d'éviter la déglutition des sécrétions putrides qui tombaient dans son arrière-gorge.

L'examen du fond de l'œil, pratiqué par le Dr Lagrange, révéla de la micropsie, mais pas de lésion apparente du fond de l'œil.

- M. Lagrange pensa qu'il s'agissait d'une compression du nerf optique. Un peu plus tard, la paupière supérieure se releva avec difficulté, elle retombait même presque complètement sur le globe oculaire, déterminant un ptosis qui fit penser à une compression du releveur de la paupière supérieure. Les douleurs éprouvées par la malade étaient toujours intenses, elles occupaient le fond des yeux et la région occipitale.

Le 11 décembre 1893, le séquestre occupant le corps au sphénoïde commença à se détacher, la malade se plaignit de diplopie et de chute plus accusée de la paupière gauche ; le ptosis était en effet devenu permanent ; les douleurs cependant s'étaient notamment calmées ; l'appétit était meilleure, la malade se trouvait assez bien, les crises avaient diminué d'intensité, les vomissements avaient à peu près disparu. Je voulus essayer d'enlever avec la pince le séquestre qui me paraissait devoir se mobiliser, mais les douleurs provoquées par l'instrument furent telles que la malade ne voulut pas consentir à de nouvelles tentatives et partit de nouveau pour chez elle.

Elle revint me voir seulement le 8 janvier 1894 ; à cette époque, le séquestre était complètement détaché, il tombait même derrière le voile du palais, mais il était tellement volumineux, qu'il n'était pas possible de lui faire franchir le naso-pharynx. La malade se plaignait à ce moment de douleurs intenses dans l'oreille et d'une surdité très marquée du côté gauche ; il était facile de voir que ces différents symptômes étaient occasionnés par le séquestre, qui appuyait sur l'orifice pharygien de la trompe d'Eustache. Les troubles oculaires avaient complète-

ment disparus, les paupières se relevaient facilement il n'existait plus aucune trace de diplopie, ni des autres symptômes que nous avions constatés antérieurement.

La suppuration était beaucoup moins abondante, l'état général bien meilleur, la malade engraisait à vue d'œil. Elle voulut bien consentir à me laisser enlever le séquestre mobile du naso-pharynx à l'aide de la pince et je pus y parvenir assez facilement, d'une part en le saisissant par derrière avec la pince rétro-pharyngienne, d'autre part en le poussant par devant, après cocaïnisation de la muqueuse nasale à l'aide du porte-ouate garni. Une fois ce volumineux séquestre enlevé, je fis une injection et la malade expulsa une autre série de petits débris osseux, qui n'étaient autres que les résidus du sphénoïde nécrosé ; la cloison avait presque complètement disparu, et, à l'examen rhinoscopique, je pus constater qu'il restait encore une autre séquestre également mobile que la malade ne voulait pas me laisser enlever immédiatement, me promettant de revenir une autre fois se faire débarrasser de cet os nécrosé qui la gênait, puisqu'il occupait encore la partie supérieure des fossés nasales.

A ce moment, le nez était affaissé, il avait cette cassure en dos de lunette tout à fait caractéristique de la lésion tertiaire et que l'on observe à la suite de ces grands effondrements de la charpente du nez. La plaie sphénoïdale était à peu près cicatrisée sur ses bords, il n'était pas douteux que le travail de réparation marchait de pair avec celui de l'élimination, et qu'une fois, le dernier séquestre expulsé, il ne serait possible de voir le vide laissé par l'expulsion du sphénoïde que par l'élargissement considérable de la cavité naso-pharyngienne, étant donné surtout que le vomer avait également été nécrosé et enlevé.

Depuis cette époque, la malade que j'ai eu l'occasion de revoir se porte très bien, suit encore de temps à autre son traitement spécifique que nous avons du varier, bien entendu, à différentes reprises et administrer tantôt par la méthode sous-cutanée, tantôt par des frictions, ou d'autres fois enfin par la voie stomacale.

OBSERVATION XVII

(Thèse de Jaffrédou, Bordeaux 1897).

Nécrose du sphénoïde, de la cloison, des cornets et des parois sinusiennes.

Le second cas est relatif à un homme de 33 ans, qui vint me consulter en juillet 1893, se plaignant d'expulser de gros bouchons muqueux, et d'éprouver des maux de tête extrêmement violents, occupant les régions frontale et occipitale.

Extérieurement ce malade présente l'enfoncement des os propres du nez en cassure de lunettes. Interrogé sur ces antécédents, il me raconte que trois ans auparavant, il a été pris d'un enchièvrement considérable, occupant les deux côtés du nez, enchièvrement accompagné d'une sécrétion purulente extrêmement abondante qui fut prise d'abord pour un simple rhume de cerveau.

En même temps, le malade éprouvait des douleurs extrêmement violentes dans la nuque et dans le fond des yeux ; il eut des vertiges, des vomissements, des troubles oculaires même, qui firent penser un moment à une méningite ; son haleine devient dès cette époque extrêmement fétide. Le malade ayant annoncé à son médecin traitant qu'il avait eu antérieurement la syphilis, fut soigné comme tel, et malgré le traitement, spé-

cifique plus ou moins irrégulièrement suivi, l'amélioration ne semblait pas se produire. Au bout de quelques mois M. X. expulsa de petits sequestres par les fosses nasales, mais les douleurs n'en furent pas moins extrêmement violentes ; il devint très amaigri, son état général fut à un moment donné si mauvais, qu'on pensa qu'il allait succomber aux suites de son affection.

A quelque temps de là, M. X. eut sur la voûte palatine une gomme qui s'ulcéra et détermina une perte de substance au niveau de la voûte osseuse. Le traitement spécifique fut à nouveau institué, mais il fut très mal toléré par le malade dont les voies digestives étaient en très mauvais état ; néanmoins, après des alternatives de mieux et de plus mal, il expulsa à différentes reprises de volumineux séquestres.

Lorsqu'il se présenta à mon examen, il était porteur au niveau de la région sphénoïdale, d'un énorme résidu osseux, d'aspect noirâtre, extrêmement fétide, que je pus détacher à l'aide d'injections rétro-nasales et de la pince. Immédiatement après l'ablation de ce sequestre, qui était mobile au moment où je vis la malade pour la première fois, l'amélioration commencée déjà depuis quelques jours continua à se produire et peu de temps après j'eus la satisfaction de voir le malade guéri complètement, ne conservant de son affection antérieure que les déformations externes auxquelles j'ai fait allusion ; une perte complète de l'odorat et de toutes les saillies osseuses et cartilagineuses. On voyait alors une vaste cavité dans laquelle on ne trouvait plus de cornets (inférieur ou moyen), mais les deux maxillaires ouverts largement dans ce vaste cloaque, la paroi interne de ces cavités étant complètement détruite.

Je prescrivis alors un traitement bi-ioduré à suivre de

temps à autre, d'abondantes injections antiseptiques, des pulvérisations huileuses. pour aider les fosses nasales à se débarrasser des sécrétions qui étaient difficilement expulsées, à cause de la largeur démesurée des cavités, et tout rentra dans l'ordre avec ces légers inconvénients.

Le malade que je vois de temps à autre va aujourd'hui très bien, mais il est toujours obligé, cela va sans se dire, de continuer ces injections.

Dans ce cas, la perte de substance a été beaucoup plus considérable que dans le premier, et c'est d'une manière rétrospective que j'ai pu reconstituer l'histoire de ce malade, puisque je l'avais vu à une époque où ayant déjà éliminé en grande partie les os nécrosés, il n'avait pu conserver que les dernières portions du sphénoïde que j'ai retirées après mes premiers examens.

OBSERVATION XVIII (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Chatellier).

Double atrophie optique par lésions syphilitiques du sinus sphénoïdal.

Antoinette H..., 61 ans, vient consulter à Saint Joseph pour suppuration de l'oreille droite et céphalée étendue à tout le côté correspondant de la tête, céphalée qui l'empêche de dormir.

Pas d'antécédents héréditaires. Elle s'est mariée deux fois n'a pas fait de fausses couches, a trois enfants bien portants, un du premier mari, deux du second.

La malade ne peut nous donner de renseignements sur les symptômes ordinaires de la syphilis qu'elle aurait pu avoir.

Nous voyons que, lors même de son entrée à l'hôpital, il y a plus de 20 ans, au début des accidents, le diagnostic paraît avoir été hésitant quelque temps. La malade dont la vue commençait à s'obscurcir, a été envoyé dans le service de Trélat, chirurgien des hôpitaux; c'est seulement après renvoi de la malade à M. le Dr Rigal (sans doute parce que Trélat n'avait pas jugé bon d'intervenir) qu'elle fut soumise aux frictions mercurielles et reçut du calomel à l'intérieur.

La malade fut ainsi soignée pendant 5 mois à la Charité. Elle prit ensuite, pendant deux ans, de l'iodure de potassium avec périodes de rémission.

Le début des accidents remonte à l'âge de 36 ans. A cette période la malade aurait eu une suppuration nasale avec polype du nez (il s'agit sans doute d'une végétation spécifique). La malade a mouché du pus pendant 6 ou 8 mois avant d'avoir quelque chose aux yeux. C'est seulement à 38 ans que la malade perdit la vue en cinq jours à la Charité où elle était entrée pour une céphalée persistante et intolérable, ne lui laissant de repos, ni jour, ni nuit, existant depuis un an déjà.

Dans la même année, la malade perdit une esquille osseuse par un orifice de la voûte palatine dont la trace subsiste très visible. Un an après à 39 ans, elle en perdit une autre par la même voie.

Etat actuel. — Les fosses nasales réduites à une cavité unique, à parois lisses, présentent comme clef de voûte un orifice béant de 2 à 3 millimètres de diamètre situé à l'union des fosses nasales et de la paroi pharyngienne.

Cet orifice ne semble pouvoir être autre que celui du sinus sphénoïdal agrandi.

Il est très visible par la rhinoscopie postérieure parce que

les rayons lumineux tombent directement sur lui. Toutefois la rhinoscopie antérieure le fait bien distinguer et à l'aide d'un stylet coudé, on pénètre facilement par l'orifice dans une vaste cavité.

La malade présente en plus une destruction complète de la région moyenne du voile du palais ; la luette n'existe plus ; les piliers postérieurs se réunissent directement formant une sorte d'ogive ; la voûte palatine a été perforée en arrière des incisives ; il y a là des traces d'une ancienne fistule par laquelle la malade a perdu autrefois une esquille osseuse ; il en est de même d'une cicatrice cutanée infundibuliforme que la malade présente à la racine du nez du côté gauche.

Il n'existe plus trace de la cloison, ni des cornets.

L'examen des yeux pratiqué par le Dr Kopff, constate une double atrophie papillaire ; l'acuité visuelle est presque totalement abolie. La malade voit passer les doigts à droite, mais ne peut les compter ; elle perçoit la lumière et des phosphènes quand on comprime le globe oculaire. A gauche, il n'existe ni perception lumineuse, ni phosphènes.

Le traitement, institué par le Dr Chatellier, a consisté dans l'ingestion d'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour. Il a été suffisant pour rendre à la malade le sommeil, faire disparaître la céphalée et rendre l'écoulement de l'oreille insignifiant.

OBSERVATION XIX

*Destruction complète du contenu des cavités nasales
consécutive à la syphilis par le Dr J. Dunn.
(In New-York. Méd. Journal, 20 janvier 1894).*

M. S..., âgé de 23 ans, a eu à plusieurs reprises depuis son enfance des maux de gorge ; elle a souffert des yeux au point d'être restée aveugle pendant quelque temps. A 18 ans, à la suite d'un violent mal de gorge, une large perforation se déclare à la voûte palatine.

A 20 ans, la nécrose se montre dans les os du nez et le dernier séquestre tombe un an après. Depuis ce moment, la maladie va bien. Aujourd'hui les fosses nasales présentent l'aspect suivant.

Pas trace de cloison cartilagineuse ou osseuse. Les trois cornets sont entièrement détruits. Les sinus maxillaires ne sont plus que la continuation de la cavité nasale, les cloisons osseuses n'existant plus. Il ne reste plus rien de l'ethmoïde, des cellules ethmoïdales, de l'apophyse unciforme. Les ouvertures des trompes ont été en partie rongées par l'ulcération ; elles sont réduites à des fentes étroites que l'on distingue facilement par la rhinoscopie antérieure. Le sens de l'odorat est détruit. L'audition est normale. La malade ne peut donner aucun renseignement sur le traitement.

Il est probable qu'elle n'en a suivi aucun.

A rapprocher de cette observation, un moulage du musée Saint-Louis que nous avons pu voir et dont les

fosses nasales et les sinus ne forment plus qu'une vaste cavité unique.

OBSERVATION XX

Bien que dans notre travail, nous n'ayons pas parlé des cellules ethmoïdales, nous croyons bon de rapporter ici un cas de leur nécrose ; en effet ces cellules forment le trait d'union entre le sinus frontal et le sinus sphénoïdal ; il est donc rare qu'une inflammation de celles-ci ne se propagent à ces cavités.

Syphilis ancienne. Carie nécrotique de l'ethmoïde. Infiltration purulente des lobes cérébraux.

(Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris).

M. Chauvel présente la partie antérieure de la base du crâne d'un malade atteint de syphilis ayant succombé très rapidement à des accidents de compression du cerveau, précédés d'agitation et de dérangement de l'esprit. Une fistule ouverte à la paroi interne et supérieure de l'orbite conduisait sur des os cariés, du pus s'écoulait par cette fistule et plus abondamment par le nez.

A l'autopsie infiltration purulente de la face inférieure des lobes cérébraux antérieurs droits et gauche, plus étendus sur ce dernier. Destruction complète du nerf olfactif de la lame criblée de l'ethmoïde et des cornets ethmoïdaux. A ce niveau existe une cavité de la grosseur d'un pois tapissée par une membrane et remplie par une masse putrilagineuse verdâtre, où l'on retrouve quelques particules osseuses nécrosées. Les cornets moyens et inférieurs, ainsi que la cloison, sont dénudés et cariés par place. Aucune autre trace de syphilis.

CONCLUSIONS

1° La syphilis tertiaire des sinus est presque toujours consécutive à des lésions d'ostéite gommeuse des fosses nasales ; elles engendrent souvent, en raison des rapports anatomiques très intimes des sinus avec les cavités orbitaires et cérébrales, de graves complications de ce côté.

2° L'envahissement des sinus par la syphilis tertiaire se fait de proche en proche et suivant un processus de nécrose ; les complications orbitaires et cérébrales qui surviennent, sont dues soit à des compressions, soit à l'extension du processus à ces cavités.

3° La syphilis des sinus se présente sous deux formes cliniques différentes suivant qu'elle reste nasale ou qu'elle évolue du côté de l'encéphale ou de l'orbite. Ces deux formes qu'on peut appeler forme nasale et forme orbito-cérébrale, ont une symptomatologie propre et qui permet de les distinguer l'une de l'autre.

4° Le diagnostic de l'infection syphilitique des sinus se fera avec l'empyème de ces cavités et leurs tumeurs ; il est presque toujours possible avant l'apparition de la complication orbitaire ou cérébrale. Après l'explosion de cette

dernière, le diagnostic de son origine fait le plus souvent à l'aide de la rhinoscopie, aura une haute importance.

5° Le pronostic plus grave pour la forme orbito-cérébrale que pour la forme nasale doit être réservé. Il est souvent gros de conséquences et même fatal dans la forme orbito-cérébrale.

6° Un traitement bi-ioduré intensif doit être institué le plus tôt possible. La guérison peut survenir par l'élimination du sequestre, soit spontanée, soit provoquée par des douches nasales et rétro-nasales, s'il existe des complications orbito-cérébrales, l'extraction des séquestres peut s'imposer.

La mort survient dans les complications par méningite, encéphalite, thrombose du sinus caverneux, etc.

Vu par le Président de la thèse
TILLAUX

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- GUILLEMAIN et TERSON. — Complications orbitaires et oculaires dans les affections des sinus. *Gaz. des Hôpitaux*, 1892.
- JOFFREDOU. — Nécrose syphilitique du corps du sphénoïde. Thèse de Bordeaux, 1897.
- FOURNIER. — Ostéites naso-craniennes syphilitiques. *Annales des maladies du larynx et des organes connexes*, mars 1881.
- SCHUSTER. — Sur le traitement des sinusites syphilitiques. *Arch. gén. Dermatol.*, 1894.
- BERTHON. — Sur les abcès et hydropisies des sinus frontaux. Thèse de Paris 1881.
- RAYMOND. — Bulletin de la société anatomique de Paris 1885.
- VERCHÈRE. — Société française de Dermatologie, juin 1895.
- BOIS. — Études sur les fistules du sinus frontal. Thèse Paris 1896.
- GALPIN. — Contribution à l'étude des abcès des sinus maxillaire. Thèse de Paris, 1891.
- KAPHAN. — Le sinus sphénoïdal comme voie d'infection intracranienne et orbitaire. Thèse Paris 1892.
- BLAIR. — *Medical Record*, 15 avril 1893.

